



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

RITA BAPTISTA MONTEIRO

***“CUIDADOS PALIATIVOS: A NECESSIDADE DE FORMAÇÃO PARA A MELHORIA
DA QUALIDADE E ACESSIBILIDADE DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS”***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSORA DOUTORA MARÍLIA ASSUNÇÃO RODRIGUES FERREIRA
DOURADO
MESTRE HUGO ALEXANDRE DA CRUZ RIBEIRO

MARÇO/2023

**CUIDADOS PALIATIVOS: A NECESSIDADE DE FORMAÇÃO PARA A MELHORIA
DA QUALIDADE E ACESSIBILIDADE NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

Rita Baptista Monteiro¹; Marília Assunção Dourado¹, MD, PhD;
Hugo Ribeiro^{1,2}, MD

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

²Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Gaia

Rita Baptista Monteiro
E-mail: monteiro.b.rita@gmail.com

Índice

Índice	4
Índice de Tabelas e Gráficos	5
Lista de abreviaturas	6
Resumo	7
Abstract	9
Introdução	11
Materiais e Métodos	13
Resultados	15
Discussão	24
Conclusões.....	27
Agradecimentos.....	28
Referências Bibliográficas.....	29
Anexos	34

Índice de Tabelas e Gráficos

Tabela 1 Caracterização da amostra	16
Tabela 2 Distribuição de respostas da prova de conhecimentos.....	19
Tabela 3 Regressão linear ajustada	22
Tabela 4 Comportamentos e atitudes sobre cuidados paliativos e associação com a formação.....	23

Lista de abreviaturas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

CP – Cuidados Paliativos

ECP – Equipa de Cuidados Paliativos

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EDSCP – Equipa Domiciliária de Suporte em Cuidados Paliativos

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

MGF – Medicina Geral e Familiar

MIM – Mestrado Integrado em Medicina

MP – Medicina Paliativa

n – Número de respostas

p - Significância

PEDCP – Plano Estratégico para o Desenvolvimento de Cuidados Paliativos

RA – Região Autónoma

ri – Resíduo Padronizado

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCP–RNCCI – Unidade de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

= - Igual

% - Percentagem

> - Maior

< - Menor

Resumo

Introdução: Em Portugal, cerca de 90.000 pessoas necessitarão de Cuidados Paliativos anualmente. No entanto, estima-se que apenas 30% terão resposta adequada de equipas especializadas nesta área. Ao longo da formação pré-graduada dos médicos, são escassas as oportunidades de aprendizagem nesta área, sendo necessário recorrer a formações posteriores para aperfeiçoar o conhecimento e as capacidades necessárias para orientar doentes no seu final de vida.

Estudos realizados em médicos e estudantes de medicina mostraram uma clara necessidade em melhorar a formação. Outros estudos, demonstraram um benefício claro em médicos que realizaram formação pós-graduada na área, em lidar com doentes no seu final de vida.

Objetivo: Avaliar o impacto de uma ação de formação básica de 35 horas de duração nos conhecimentos obtidos pela classe médica.

Métodos: Estudo observacional e transversal, realizado através da partilha de um questionário com os 204 participantes inscritos no “Curso Intensivo de Medicina Paliativa” organizado por um grupo de médicos em Novembro de 2021. O questionário foi preenchido pelos participantes em três momentos da formação (antes, imediatamente depois do curso e 6 meses após o curso), no qual constavam perguntas para avaliação dos conhecimentos teóricos e das competências e aptidões obtidas. A análise de dados foi conduzida com o programa SPSS, versão 26.0.

Resultados: Foram colhidas 93 respostas (45,58%) antes da formação, 80 respostas (39,21%), imediatamente após a formação e 36 respostas (17,64%), seis meses após a formação. Foi observada uma melhoria dos conhecimentos logo após a formação ($p=0.014$), que parece não se ter perpetuado seis meses após o curso ($p=0.574$). Porém, seis meses após a formação, foi observado um aumento do nível de confiança dos médicos em referenciar doentes para Equipas ou Unidades de Cuidados Paliativos ($p=0.009$) e em medicar doentes que podem estar nos últimos meses de vida ($p=0.005$).

Conclusão: Os resultados dos conhecimentos teóricos em áreas médicas foram piores, pelo que poderá ser necessário criar mais oportunidades de formação específica para a classe médica. Observou-se um aumento da auto-confiança dos médicos em referenciar e medicar doentes com necessidades de Cuidados Paliativos, que poderá

estar associado a melhores cuidados médicos prestados. É necessário realizar mais estudos para avaliar o impacto da formação teórica e prática, combinadas, nos conhecimentos dos médicos em CP.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Educação Pós-Graduada; Formação; Conhecimentos

Abstract

Background: In Portugal, around 90,000 people will need Palliative Care (PC) annually. However, it is estimated that only 30% will receive an adequate response from specialized teams in this area. Throughout the pre-graduate training of doctors, learning opportunities in this area are scarce, making it necessary to resort to further training to improve the skills necessary to guide patients at the end of their lives. Studies carried out with physicians and medical students have shown a clear need to improve training. Others have observed a clear benefit in doctors who have completed post-graduate training in the area, in dealing with patients at the end of their lives.

Objective: Evaluate the impact of a 35-hour basic training course on the knowledge obtained by the medical profession.

Methods: This is an observational and cross-sectional study, carried out by sharing a questionnaire with 204 participants enrolled in the “Curso Intensivo de Medicina Paliativa” organized by a group of physicians in November 2021. This was shared in three stages of training (before, after the course and 6 months after the course), which included questions to assess theoretical knowledge and assess the skills and abilities obtained. Data analysis was conducted using SPSS program, version 26.0.

Results: 93 (45,58%) responses were collected before training, 80 (39,21%) responses after training and 36 (17,64%) responses six months after training. An improvement in knowledge was observed immediately after the training ($p=0.014$), which does not seem to persist six months later ($p=0.574$). Nevertheless, six months after training, there was an increase on the physicians' level of confidence in referring patients to Palliative Care Units or Teams ($p=0.009$) and in medicating patients who may be in the last months of life ($p=0.005$).

Conclusion: The results of theoretical knowledge in medical areas were worse, so it may be necessary to create more specific training opportunities for the medical profession. There was an increase in physicians' self-confidence in referring and medicating patients with Palliative Care needs, which may be associated with better medical care provided. Further studies are needed to assess the impact of combined theoretical and practical training on physicians' knowledge of Palliative Care.

Key-words: Palliative Care; Post-Graduate Education; Training; Knowledge

Introdução

A evolução tecnológica, sanitária e os conhecimentos médicos levaram a mudanças significativas nas características demográficas e tipo de doenças/doente e as suas necessidades, resultando num aumento da população a necessitar de Cuidados Paliativos (CP), nas últimas décadas (1).

Em Portugal, segundo o Plano Estratégico para o Desenvolvimento de CP (PEDCP), estimam-se que existam 81.553 a 96.918 pessoas em idade adulta a necessitar de CP (2,3).

Para abranger este universo, no PEDCP foram propostos objetivos de que se destacam a criação de 54 Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), uma em cada Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) (2). No entanto, em 2023 apenas existem 24 (+3 Equipas Domiciliárias de Suporte em Cuidados Paliativos (EDSCP)). Em Unidade de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (UCP-RNCCI) apenas existem 166 camas (2) A falta de recursos humanos com competência e/ou formação específica em CP, foi mencionada como um dos principais entraves ao aumento da acessibilidade e melhoria dos CP (2,4,5).

Formação Pré-Graduada:

Após uma pesquisa *online* dos 8 planos de estudos dos Mestrados Integrados de Medicina (MIM) em Portugal, constatou-se que quatro cursos não mencionam esta área nos seus planos de estudos, três incluem este tema como uma unidade curricular opcional e, apenas um curso, inclui a Medicina Paliativa (MP) no seu plano de estudos obrigatório(6–12).

Um estudo avaliou os conhecimentos e capacidades dos estudantes do MIM do 5º ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), que expôs uma falta de informação sobre temas relacionados direta ou indiretamente com CP (13). Constatou-se que os alunos que realizam a unidade curricular opcional de "Cuidados paliativos e Terapêutica da Dor", mostram maior confiança para comunicar "más notícias", detêm mais conhecimentos teóricos de CP e sentem-se mais capazes para lidar com doentes terminais (13).

A nível internacional os estudos consultados concluem, também, pela necessidade de melhoria/aumento da formação em CP nos cursos de Medicina (14,15), o que está associado a uma auto-perceção de maior confiança nas áreas de comunicação e tratamento farmacológico de sintomas dos doentes com necessidades paliativas, pelos estudantes e médicos internos, relativamente aos seus colegas sem formação pré-graduada na área (16,17).

Formação Pós-Graduada:

No que respeita à formação pós-graduada, os estudos mostram que médicos internos que tenham formação pós-graduada em CP (teórica ou prática), apresentam um benefício claro quando têm necessidade de lidar com doentes em final de vida, nos vários domínios da medicina paliativa (18,19).

A nível nacional, um trabalho realizado no ACeS de Sintra (20), avaliou, através de um questionário *online* único, os níveis de conhecimentos dos médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) em CP. Os resultados obtidos levaram a concluir que existe um défice de formação nesta área, nos médicos de MGF daquele ACeS (20).

A finalidade dos CP é melhorar a qualidade de vida, sem interferir, com o eventual impacto, na esperança de vida do doente (21). Para tal, são considerados 4 pilares para os princípios de CP: o controlo sintomático, o trabalho em equipa multidisciplinar, a comunicação e o apoio ao cuidador (22,23).

Assim, pretende-se analisar e avaliar o impacto nos conhecimentos adquiridos e retidos por médicos que frequentem uma formação básica especificamente organizada para médicos, com a duração de 35 horas, online.

Materiais e Métodos

Tipo de estudo

O presente estudo é observacional e transversal e realizou-se entre Outubro de 2021 e Dezembro de 2022.

Objetivo

Com este trabalho pretende-se analisar e avaliar o impacto da formação em CP, nos conhecimentos adquiridos e retidos por médicos, antes e após a frequência de cursos básicos de CP, com a duração de 35 horas, online. Secundariamente, pretende-se avaliar o impacto da formação na qualidade dos cuidados prestados, bem como na acessibilidade dos doentes a tratamentos e procedimentos dos CP.

População

A população (n=204) foi composta por médicos, de várias especialidades, que concordaram livremente em participar no estudo, inscritos no “Curso Intensivo de Medicina Paliativa” organizado pela Iniciativa Médica 3M, online, entre os dias 19 e 22 de Outubro de 2021, com a duração total de 35 horas.

Foi enviado um e-mail a todos os inscritos no curso com a descrição e objetivos do estudo, que convidava à sua participação.

Recolha de dados

Para obtenção dos dados foi desenvolvido um questionário específico para este trabalho (Anexo I). Foi inspirado em questionários já existentes de outros estudos que já foram referidos(13,20) e na revisão da literatura nacional (24) e internacional (25,26) , indo ao encontro dos objetivos propostos. O tempo estimado de resposta era de 15 minutos.

O questionário foi dividido em 3 partes, com um total de 48 perguntas:

Parte 1 – Referente à caracterização sociodemográfica e profissional do participante (14 perguntas)

Parte 2 – Referente aos conhecimentos teóricos adquiridos pelo participante (27 perguntas de resposta *Concordo/Discordo*)

Parte 3 – Referente à aplicação prática dos conhecimentos e aptidões do participante (7 perguntas)

O questionário foi partilhado em 3 momentos: antes da formação, logo após a formação e 6 meses após o seu término.

Análise estatística

A análise de dados foi conduzida com o programa SPSS, versão 26.0. Na apresentação das estatísticas descritivas foram utilizadas médias (M) e desvios padrão para as variáveis contínuas com distribuição simétrica. No caso das variáveis categóricas foram apresentadas frequências absolutas (n) e relativas. A associação entre variáveis categóricas foi avaliada pelo teste qui-quadrado ou pelo teste de Fisher, em caso de incumprimento das regras de Cochran. No caso de se encontrarem associações estatisticamente significativas foram calculados os resíduos padronizados (r_i) de modo a detalhar a significância estatística, observada quando r_i foi superior a 1.96 ou inferior a -1.96, assumindo-se que os resíduos seguem uma distribuição normal. Para descrever os resultados do teste de conhecimento em CP foi calculada a pontuação total, considerando um ponto por resposta correta. Essa pontuação foi depois incluída como variável dependente / resposta numa regressão linear, onde se estimou o efeito de algumas variáveis independentes na pontuação obtida no teste de conhecimento em cuidados paliativos, nomeadamente a formação, que dividiu a amostra nos grupos sem formação, um mês após formação e seis meses após formação. O efeito foi avaliado pelo cálculo dos coeficientes não padronizados (β), com os respetivos erros-padrão (SE) que permitiram o cálculo do p-valor pelo método WALD, para decidir sobre a rejeição ou não rejeição da hipótese nula. O teste Omnibus foi também calculado para comparar o modelo ajustado para variáveis com o modelo nulo (sem inclusão de qualquer variável independente). O nível de significância considerado para rejeição da hipótese nula foi de 5%.

Resultados

Como pode ser observado na tabela 1, dos 204 médicos inscritos no curso foram recolhidas 93 respostas antes da formação (45,58%), que correspondem ao Grupo A, 80 respostas após a formação (39,21%) o Grupo B e 36 respostas seis meses após a formação (17,64%) o Grupo C. O género foi maioritariamente feminino, com 87,1% no Grupo A, 83,8% no Grupo B e 86,1% no Grupo C, sem diferenças significativas na distribuição ao longo das três recolhas de dados. A faixa etária mais prevalente foi dos 25 aos 30 anos nos Grupos A (48,4%) e C (47,2%) e dos 31 aos 40 anos no Grupo B (42,5%), sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p=0.355$). Quanto à região de trabalho, o Norte foi a região mais representada em todos os grupos (no Grupo A 37,6%, no Grupo B 41,3% e no Grupo C 50%), sem diferenças significativas entre os grupos ($p=0.654$). A segunda região mais representada foi Lisboa e Vale do Tejo (LVT), seguida pela região Centro. A experiência profissional dos médicos concentrou-se predominantemente abaixo dos 5 anos, principalmente no grupo A (62,4%), mas também observado nos Grupos B (46,3%) e C (41,7%), sem diferenças estatisticamente significativas ($p=0.143$). Quanto ao local de trabalho este era maioritariamente num ACeS (superior a 73% em todos os grupos), sem diferenças assinaláveis entre os grupos ($p=0.900$). Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ter unidade ou Equipa de Cuidados Paliativos (ECP) no local de trabalho e a formação ($p=0.102$), embora a proporção de médicos com unidade ou ECP no local de trabalho tenha sido mais elevada no grupo C (63,9%), comparativamente ao grupo A (50,5%) e ao grupo B (41,3%). Muito poucos médicos pertencem a alguma unidade ou ECP (em todos os grupos inferior a 7%), sem diferenças aparentes entre grupos ($p=0.848$). O interesse em fazer parte de uma unidade ou ECP obteve uma prevalência superior a 58% entre todos os grupos, sem diferenças aparentes de proporção entre os grupos ($p=0.782$). Ter formação específica prévia em CP associou-se com o grupo C (58,3%, $r_i=2.2$) em comparação com o grupo A (20,4%, $r_i=-2.3$) ($p<0.001$). A experiência profissional em CP não se associou com os grupos em estudo ($p=0.070$), tendo sido obtida uma proporção global de 19,6% de médicos com experiência profissional em Medicina Paliativa (MP); uma proporção mais elevada foi observada no grupo C (33,3%). A auto-perceção do conhecimento em CP associou-se aos grupos em estudo ($p<0.001$), observando-se uma auto-perceção insuficiente mais prevalente no grupo A (77,4%, $r_i=2.8$).

Tabela 1 Caracterização da amostra

	Total	(A) Antes da Formação (n=93)	(B) 1 mês após a formação (n=80)	(C) 6 meses após a formação (n=36)	Teste Estatístico
Género					p=0.819 (a)
	179				
Feminino	(85.6%)	81 (87.1%)	67 (83.8%)	31 (86.1%)	
)				
	30				
Masculino	(14.4%)	12 (12.9%)	13 (16.3%)	5 (13.9%)	
)				
Grupo Etário					p=0.355 (b)
	88				
25-30	(42.1%)	45 (48.4%)	26 (32.5%)	17 (47.2%)	
)				
	76				
31-40	(36.4%)	30 (32.3%)	34 (42.5%)	12 (33.3%)	
)				
	25				
41-50	(12.0%)	9 (9.7%)	10 (12.5%)	6 (16.7%)	
)				
	11				
51-60	(5.3%)	6 (6.5%)	5 (6.3%)	0 (0.0%)	
)				
	9				
>60	(4.3%)	3 (3.2%)	5 (6.3%)	1 (2.8%)	
Região de Trabalho					p=0.654 (b)
	86				
Norte	(41.1%)	35 (37.6%)	33 (41.3%)	18 (50.0%)	
)				
	41				
Centro	(19.6%)	21 (22.6%)	16 (20.0%)	4 (11.1%)	
)				
	59				
LVT	(28.2%)	26 (28.0%)	22 (27.5%)	11 (30.6%)	
)				
	12				
Alentejo	(5.7%)	6 (6.5%)	4 (5.0%)	2 (5.6%)	
)				
	1				
Sul	(0.5%)	0 (0.0%)	1 (1.3%)	0 (0.0%)	
)				
	9				
RA Açores	(4.3%)	5 (5.4%)	4 (5.0%)	0 (0.0%)	
)				
	1				
RA Madeira	(0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.8%)	
Anos de experiência profissional					p=0.143 (b)

	110				
<5 anos	(52.6%)	58 (62.4%)	37 (46.3%)	15 (41.7%)	
)				
	53				
5-10 anos	(25.4%)	18 (19.4%)	21 (26.3%)	14 (38.9%)	
)				
	11				
11 a 15 anos	(5.3%)	3 (3.2%)	7 (8.8%)	1 (2.8%)	
)				
	10				
16 a 20 anos	(4.8%)	4 (4.3%)	4 (5.0%)	2 (5.6%)	
)				
	8				
21 a 25 anos	(3.8%)	3 (3.2%)	2 (2.5%)	3 (8.3%)	
)				
	17				
>25 anos	(8.1%)	7 (7.5%)	9 (11.3%)	1 (2.8%)	
Unidade de trabalho					p=0.900 (a)
	158				
ACeS	(75.6%)	69 (74.2%)	61 (76.3%)	28 (77.8%)	
)				
	51				
Outros	(24.4%)	24 (25.8%)	19 (23.8%)	8 (22.2%)	
)				
O seu local de trabalho tem Unidade ou ECP					p=0.102 (b)
	100				
Não	(47.8%)	42 (45.2%)	46 (57.5%)	12 (33.3%)	
)				
	103				
Sim	(49.3%)	47 (50.5%)	33 (41.3%)	23 (63.9%)	
)				
	6				
Não sei	(2.9%)	4 (4.3%)	1 (1.3%)	1 (2.8%)	
Pertence a alguma Unidade ou ECP					p=0.848 (b)
	198				
Não	(94.7%)	89 (95.7%)	75 (93.8%)	34 (94.4%)	
)				
	11				
Sim	(5.3%)	4 (4.3%)	5 (6.3%)	2 (5.6%)	
Tem interesse em fazer parte de uma Unidade ou ECP					p=0.782 (a)
	82				
Não	(39.2%)	38 (40.9%)	29 (36.3%)	15 (41.7%)	
)				
	127				
Sim	(60.8%)	55 (59.1%)	51 (63.8%)	21 (58.3%)	
)				
Tem formação específica prévia em CP					p<0.001 (a)
	137				
Não	(65.6%)	74 (79.6%)	47 (58.8%)	16 (44.4%)	
)				

Sim	72 (34.4%))	19 (20.4%) ri=-2.3	33 (41.3%)	20 (55.6%) ri=2.2	
Tem experiência profissional em MP					p=0.070 (a)
Não	168 (80.4%))	79 (84.9%)	65 (81.3%)	24 (66.7%)	
Sim	41 (19.6%))	14 (15.1%)	15 (18.8%)	12 (33.3%)	
Como classifica o seu conhecimento em CP					p<0.001 (b)
Insuficiente	117 (56.0%))	72 (77.4%) ri=2.8	33 (41.3%)	12 (33.3%)	
Satisfatório	76 (36.4%))	19 (20.4%) ri=-2.5	37 (46.3%)	20 (55.6%)	
Bom	15 (7.2%)	1 (1.1%) ri=-2.2	10 (12.5%)	4 (11.1%)	
Excelente	1 (0.5%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

ECP, Equipa de cuidados paliativos; MP, Medicina paliativa; LVT, Lisboa e Vale do Tejo; RA, Região Autónoma; ACeS, Agrupamento de Centros de Saúde; n, número de respostas; =, igual; %, percentagem; p, significância; >, maior; <, menor (a) teste qui-quadrado; (b) teste Fisher; apresentados os resíduos padronizados que indicam presença de diferenças estatisticamente significativas na comparação dos valores observados com os esperados ($ri > 1.96$ ou $ri < -1.96$)

Na Tabela 2, apresentam-se os resultados relativos às respostas da prova de avaliação final de conhecimentos nos 3 grupos. De um modo geral, a proporção de respostas corretas foi elevada e quase sempre superior a 50%, com exceção da questão “Por norma, o *delirium* não afeta a memória”, cuja proporção de respostas corretas foi de apenas 32.1%.

Tabela 2 Distribuição de respostas da prova de conhecimentos

	RC	NA	%A	NB	%B	Nc	%c
Princípios Gerais de CP: Mesmo no final de vida, o princípio ético da autonomia do doente deve ser respeitado.	Concordo	93	100.0%	80	100%	36	100%
Princípios Gerais de CP: A identificação precoce e tratamento rigoroso de problemas não vai alterar o prognóstico do doente.	Discordo	73	78.5%	65	81.2%	26	72.2%
Princípios Gerais de CP: Os CP são oferecidos com base na necessidade, não só pelo prognóstico ou esperança de vida.	Concordo	86	92.4%	70	87.5%	34	94.4%
Princípios Gerais de CP: Doentes com patologias com insuficiência de órgão, não necessitam de CP.	Discordo	93	100.0%	80	100%	36	100%
Princípios Gerais de CP: Os CP só devem ser considerados quando não há nenhuma terapêutica curativa disponível.	Discordo	86	92.4%	68	85%	36	100%
Princípios Gerais de CP: A preocupação exclusiva com o controlo sintomático, não é uma boa intervenção no sofrimento do doente.	Concordo	64	68.8%	53	66.3%	21	58.3%
Critérios de Referenciação: Doentes com sintomas específicos e refratários ao melhor tratamento convencional, podem ser referenciados para CP.	Concordo	85	91.3%	78	97.5%	34	94.4%
Critérios de Referenciação: Em doentes terminais, dificuldade no suporte ao familiar/cuidador principal, pode justificar uma referenciação para CP.	Concordo	92	98.9%	79	98.8%	34	94.4%
Critérios de Referenciação: Doentes com agudizações frequentes ou evolução rápida da doença crónica, não devem ser referenciados para CP.	Discordo	83	89.2%	73	91.3%	31	86.1%
Sintomas Gastrointestinais: O uso de sonda nasogástrica deve ser reservado para casos de obstruções completas com distensão abdominal.	Discordo	49	52.7%	35	43.8%	17	47.2%
Sintomas Gastrointestinais: É boa prática de CP, quando se prescreve opióides, prescrever também laxantes de forma sistemática.	Concordo	71	76.3%	72	90%	28	77.8%
Sintomas Gastrointestinais: A obstipação não é um sintoma comum em CP, sendo por isso, desnecessário a sua prevenção precoce.	Discordo	92	98.9%	80	100%	36	100%

Sintomas Respiratórios: A dispneia não associada a diminuição da saturação de O2 não necessita de ser abordada.	Discordo	91	97.8%	79	98.8%	35	97.2%
Sintomas Respiratórios: A tosse é dos sintomas mais desagradáveis para o doente.	Concordo	86	92.4%	76	95%	35	97.2%
Sintomas Respiratórios: O tratamento da tosse em doentes de CP, sempre que possível, deve ser dirigido à sua etiologia.	Concordo	69	74.2%	70	87.5%	27	75%
Sintomas Neurológicos: O delirium em doentes em CP é irreversível.	Discordo	92	98.9%	77	96.3%	35	97.2%
Sintomas Neurológicos: Uma das etiologias principais do delirium é o uso de morfina.	Discordo	50	53.8%	51	63.8%	18	50%
Sintomas Neurológicos: Por norma, o delirium não afeta a memória.	Concordo	22	23.7%	34	42.5%	11	30.6%
Comunicação: A comunicação é uma das melhores estratégias para diminuir o sofrimento do doente.	Concordo	92	98.9%	80	100%	36	100%
Comunicação: A comunicação não verbal engloba a linguagem corporal e a linguagem paraverbal.	Concordo	93	100%	77	96.3%	35	97.2%
Comunicação: O doente tem o direito de saber do seu estado de morte iminente se tiver manifestado essa vontade.	Concordo	92	98.9%	80	100%	36	100%
Sofrimento: Perante um doente com agudização da dor, devemos sempre procurar causas de distress que não sejam físicas.	Concordo	88	94.6%	74	92.5%	36	100%
Sofrimento: É comum um doente em CP em sofrimento não estar deprimido, como tal, a prescrição de anti-depressivos nem sempre é necessária.	Concordo	49	52.7%	38	47.5%	18	50%
Sofrimento: É importante que um doente em CP mantenha um certo nível de esperança.	Concordo	74	79.6%	71	88.8%	31	86.1%
Tratamento com opióides: Para reverter um quadro de delirium num doente a tomar opióides, pode ser eficaz realizar a rotação dos opióides.	Concordo	89	95.7%	73	91.3%	32	88.9%
Tratamento com opióides: A dose inicial de morfina em perfusão subcutânea contínua deve ser igual à dose de morfina oral.	Discordo	85	91.4%	74	92.5%	35	97.2%
Tratamento com opióides: Após ser definida a dose necessária de morfina para controlo de sintomatologia, pode-se recorrer a formulações de libertação lenta.	Concordo	90	97.8%	75	93.8%	32	88.9%

RC, Resposta Correta; NA, NB, NC, Número de respostas corretas nos grupos A, B e C, respetivamente; %A, %B, %C, Percentagem de respostas corretas no grupos A, B e C, respetivamente; %, percentagem; CP, Cuidados Paliativos; O2, Oxigénio.

O grupo A obteve uma média de 22,9 pontos e mediana de 23 em 27. O grupo B obteve uma média de 23,3 pontos e mediana de 24 e o grupo C teve uma média de 22,8 e mediana de 22.

Na Tabela 3, considerando como variável dependente a pontuação obtida no teste de conhecimentos em cuidados paliativos foi implementada uma regressão linear utilizando o método dos modelos lineares generalizados para permitir a estimativa de coeficientes para os vários níveis das variáveis categóricas, quando estas apresentam mais de dois níveis. Quando ajustado para sexo, unidade de trabalho, formação específica prévia em CP e experiência profissional em MP os resultados mostram que o grupo de médicos inquiridos um mês após a formação obtiveram, em média, mais 0.55 pontos que os médicos inquiridos antes da formação ($\beta=0.55$, $p=0.014$). Os médicos do sexo masculino apresentaram, em média, menos 0.60 pontos que os médicos do sexo feminino ($\beta=-0.60$, $p=0.043$). Ter formação específica prévia em CP associou-se com menor pontuação no teste de conhecimentos em CP ($\beta=-0.46$, $p=0.049$). O teste de significância geral de Omnibus foi estatisticamente significativo ($p=0.008$) sugerindo que o modelo estatístico apresenta melhor qualidade de ajustamento que o modelo nulo.

Tabela 3 Regressão linear ajustada

	β	SE	Wald	Omnibus
Grupo				
(A) Antes da formação	Ref	Ref	Ref	
(B) 1 mês após formação	0.55	0.22	p=0.014*	
(C) 6 meses após formação	0.17	0.30	p=0.574	
Sexo				
Feminino	Ref	Ref	Ref	
Masculino	-0.60	0.30	p=0.043*	
Unidade de trabalho				
ACeS	Ref	Ref	Ref	p=0.008
Outros	0.47	0.25	p=0.056	
Formação específica prévia em Cuidados Paliativos				
Não	Ref	Ref	Ref	
Sim	-0.46	0.23	p=0.049*	
Experiência profissional em Medicina Paliativa				
Não	Ref	Ref	Ref	
Sim	0.33	0.28	p=0.242	

Variável dependente: resultados do teste. Wald: método Wald; Omnibus, teste de Omnibus; β , coeficientes não padronizados; SE, erros-padrão; Ref, referência; p, significância; =, igual;

Por fim, na Tabela 4 são apresentados os resultados da associação dos comportamentos e atitudes sobre CP com a formação. A confiança de nível baixo ou muito baixo em referenciar um doente para uma unidade ou ECP foi mais elevada no Grupo A (38.7%, $r_i=2.3$), reduzindo no Grupo B (17.5%) e C (13.9%) ($p=0.009$).

Ao longo do estudo, houve um aumento dos níveis de confiança médio, alto ou muito alto ($p=0.005$) em medicar um doente com dor que pode estar nos seus últimos meses de vida. Consequentemente, os níveis baixo e muito baixo de confiança nesta pergunta, foram diminuindo ao longo do estudo: no Grupo A foram 40,9%, reduzindo no Grupo B (22.5%) e, particularmente, no Grupo C (11.1%).

Não foram encontradas associações com as restantes variáveis.

Tabela 4 Comportamentos e atitudes sobre cuidados paliativos e associação com a formação

	(A) Antes da formação	(B) 1 mês após a formação	(C) 6 meses após a formação	Teste estatístico
Como caracteriza o papel do médico numa Unidade/ECP?				p=0.403 (a)
Pouco ou algo relevante	2 (2.2%)	4 (5.0%)	0 (0.0%)	
Muito ou extremamente relevante	91 (97.8%)	76 (95.0%)	36 (100.0%)	
Nos últimos 6 meses, quantas vezes pediu parecer a uma Unidade/ECP?				p=0.907 (a)
Nenhuma ou poucas vezes	72 (77.4%)	60 (75.0%)	28 (77.8%)	
Algumas ou muitas vezes	21 (22.6%)	20 (25.0%)	8 (22.2%)	
Nos últimos 6 meses, aproximadamente, quantos doentes referenciou para uma Unidade/ECP?				p=0.676 (a)
< 5	76 (81.7%)	69 (86.3%)	31 (86.1%)	
≥ 5	17 (18.3%)	11 (13.8%)	5 (13.9%)	
Qual o seu nível de confiança em referenciar um doente para uma Unidade/ECP?				p=0.009 (a)
Muito baixo ou baixo	36 (38.7%) ri=2.3	14 (17.5%)	5 (13.9%)	
Médio	21 (22.6%)	24 (30.0%)	12 (33.3%)	
Alto ou muito alto	36 (38.7%)	42 (52.5%)	19 (52.8%)	
Qual o seu nível de confiança em medicar um doente com dor que pode estar nos seus últimos meses de vida?				p=0.005 (a)
Muito baixo ou baixo	38 (40.9%) ri=2.2	18 (22.5%)	4 (11.1%) ri=-2.0	
Médio	37 (39.8%)	35 (43.8%)	20 (55.6%)	
Alto ou muito alto	18 (19.4%)	27 (33.8%)	12 (33.3%)	
Qual é o grau de importância do apoio psicológico a cuidadores de doentes em CP?				p=0.517 (b)
Pouco importante ou importante	6 (6.5%)	2 (2.5%)	2 (5.6%)	
Muito importante	87 (93.5%)	78 (97.5%)	34 (94.4%)	
Nos últimos 6 meses, quantas vezes referenciou cuidadores de doentes em CP para apoio psicológico?				p=0.480 (a)
Nenhuma vez ou poucas vezes	77 (82.8%)	66 (82.5%)	28 (77.8%)	
Algumas ou muitas vezes	16 (17.2%)	14 (17.5%)	8 (22.2%)	

ECP, Equipa de cuidados paliativos; CP, Cuidados paliativos; <, menor; ≥, maior ou igual; =, igual; %, percentagem; p, significância; (a) teste qui-quadrado; (b) teste Fisher; apresentados os resíduos padronizados que indicam presença de diferenças estatisticamente significativas na comparação dos valores observados com os esperados (ri>1.96 ou ri<-1.96)

Discussão

Perante uma população com crescente necessidade de apoio em CP (2,27), torna-se necessário perceber como são formados/obtidos os conhecimentos dos médicos nesta área da medicina. Sabe-se que ao longo do ensino pré-graduado e no internato médico há uma escassez de formação para médicos (14–19), o que levanta a questão do impacto da formação específica para médicos em CP, posterior à formação pré-graduada.

Para a boa abordagem ao doente com necessidade de CP, é necessário um conjunto de aptidões, algumas comuns a todos os profissionais e técnicos de saúde outras, específicas para a classe médica (28).

A comunicação (nomeadamente, a comunicação de “más notícias”) (25,26), o trabalho em equipa multidisciplinar (29–31) e o apoio aos familiares (32,33), são algumas das competências necessárias comuns a todos os profissionais de saúde em CP. No entanto, existem temas imprescindíveis que são exclusivos para médicos, sobre CP. O tratamento farmacológico de sintomas comuns em doentes de CP (34,35), os critérios de referência (24), a gestão do doente com necessidade de CP e a sua adaptação e desprescrição de fármacos (36–38), são alguns dos temas que devem ser dominados por toda a classe médica.

Neste estudo, todos os participantes eram médicos, de diferentes especialidades. Pode-se observar que a percentagem de respostas corretas às perguntas relativas a troncos comuns (Princípios Gerais de CP e Comunicação) foi bastante superior, comparativamente aos conjuntos de perguntas de temas inerentes a médicos (como a abordagem a Sintomas Gastrointestinais e Sintomas Neurológicos). Assim, no futuro, poderá ser relevante criar maior oferta de formações pós-graduadas exclusivas para médicos, de forma a que estes conteúdos possam ser mais aprofundados. No entanto, até à data, não foram encontrados estudos para comparação, que considerassem /avaliassem a utilidade desta hipótese.

Apesar de não existirem estudos publicados, realizados na classe médica, que avaliassem conhecimentos antes e após formação, Oliveira *et al* (2019) (13) realizou um trabalho de investigação semelhante em estudantes de medicina, onde foi aplicado um questionário sobre conhecimentos em CP a estudantes que realizaram a unidade curricular de CP, durante a formação pré-graduada, e a estudantes que não realizaram esta formação. Foram observados melhores conhecimentos teóricos nos estudantes que realizaram a unidade curricular, o que

vai ao encontro dos resultados do presente estudo, onde os médicos apresentaram uma melhoria significativa dos seus conhecimentos após a formação.

De acordo com os resultados obtidos, percebemos que existe uma melhoria dos conhecimentos teóricos dos médicos após a formação. Isto apoia as conclusões de Oliveira (2019) (13), relativamente à necessidade de um aumento/melhoria da formação pré-graduada dos médicos na área de CP. Estes resultados não se mantêm quando avaliados 6 meses após a formação, o que poderá significar a necessidade de uma maior duração de formação e assim potenciar a assimilação e retenção do conhecimento e competências, melhorando-se os resultados. Isto vai ao encontro das observações feitas por Peh (2017) (18), que verificou a melhoria dos conhecimentos de CP após estágio durante seis meses, comparativamente àqueles com estágio durante um mês.

No presente estudo observaram-se piores resultados nos participantes do sexo masculino, relativamente ao sexo feminino. Existem conclusões/descobertas contraditórias quanto ao papel do género nos conhecimentos dos médicos em CP. Oliveira *et al* (2019) (13) constatou uma maior confiança em comunicar “más notícias” no sexo masculino, mas Orlander *et al* (2022) (39) não encontrou diferenças entre os sexos. Não é possível retirar conclusões seguras quanto a esta associação.

Contrariamente ao trabalho de investigação realizado por Carvalho Runa *et al* (2019) (20), os participantes com formação prévia em CP tiveram uma pior pontuação no teste de conhecimentos que os restantes. Este resultado poderá ser explicado pelos diversos graus e objetivos de formação que atualmente são considerados nos vários programas de pós-graduação existentes no país. O programa e docentes podem variar consoante os formandos presentes, o que poderá implicar um aprofundar de temas inespecíficos, mas pouca informação individualizada para médicos. Aliás, do que depreendemos da análise da oferta formativa superior nesta área, constatamos que todos os cursos de pós-graduação são abertos a vários profissionais, com formações de base muito distintas (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros). Desta forma, a formação prévia, poderá não estar diretamente relacionada com os bons resultados no teste.

Observou-se que a variável independente “experiência profissional em Medicina Paliativa” não estava relacionada com um aumento estatisticamente significativo nos resultados, comparativamente aos participantes sem experiência profissional prévia. Para valorizar estes resultados, teria de ser melhor caracterizado o nível de experiência profissional, já que médicos que tenham realizado um estágio de curta duração numa ECP ou médicos que

trabalhem numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC) não deveriam ser considerados. Isto também poder-se-á justificar pelas discrepâncias que por vezes existem entre a teoria e a prática clínica diária e individualizada na Medicina (40–43).

Relativamente ao impacto da formação nas aptidões profissionais dos médicos, pode-se constatar uma melhoria na autoconfiança do médico em referenciar doentes para CP e em “medicar o doente com dor que pode estar nos últimos meses de vida”. No entanto, pode-se observar que apesar de uma melhoria na confiança dos médicos em referenciar, estes não relataram um aumento significativo do número de referências para CP ($p=0.676$).

Tendo em consideração as limitações no estudo, a obtenção de uma média e mediana inferiores no Grupo C, apesar de terem realizado a formação, é um resultado pouco sensível.

Estas observações vêm apoiar a literatura descrita, sobre os benefícios em implementar mais e melhor formação em CP nos cursos de medicina em Portugal (13,15,17). Tem sido ainda discutida a necessidade da implementação de uma especialidade em MP, que poderá ser uma importante âncora para esta projeção dos cuidados paliativos (44).

Limitações do estudo:

Tal como muitos outros trabalhos de investigação, durante este estudo surgiram algumas limitações. Uma vez que o questionário era *online* e anónimo, não é possível confirmar a acuidade das respostas. O questionário foi aplicado em 3 momentos distintos e, apesar de todos os participantes estarem inscritos na formação, não foi possível verificar que todos responderam a todos os momentos do questionário. Assim, existiram discrepâncias significativas no número de respostas entre os vários grupos, nomeadamente no terceiro grupo, onde o número de respostas foi inferior ao primeiro e segundo grupos. Em futuros estudos com amostras e metodologias idênticas, os questionários após e 6 meses após a formação deverão ser aplicados apenas aos participantes que responderam antes da formação.

Para além disso, poderá existir um viés de efeito de Hawthorne, uma vez que os participantes do estudo ao conhecerem, à partida, a sua metodologia e objetivos, poderão projetar os seus conhecimentos e aptidões de encontro ao esperado nos objetivos do estudo.

Conclusões

O presente estudo permitiu conhecer melhor o impacto da formação básica nos conhecimentos dos médicos, nas várias áreas da MP. Pode-se, então, concluir que a formação teórica tem um impacto positivo nos conhecimentos em CP, no entanto, esta melhoria não foi observada após seis meses da formação. A formação aplicada foi teórico-prática e teve a duração aproximada de 35 horas, logo, no futuro, poderá ser necessário aumentar a sua duração e/ou adicionar uma componente prática e/ou modificar o programa, tornando-o mais centrado nos conhecimentos que demonstraram maior fragilidade.

Para além da melhoria dos conhecimentos teóricos, foi possível objetivar uma melhoria da confiança dos médicos em referenciar doentes para Equipas ou Unidades de CP e em medicar doentes que poderão estar nos últimos meses de vida. Desta forma poder-se-á melhorar os cuidados prestados aos doentes no âmbito dos CP, mas mais estudos serão necessários para melhor avaliar esta associação.

Para oferecer os melhores cuidados possíveis aos doentes, é importante o médico dominar todas as dimensões do processo de aprendizagem. Com este estudo, concluímos que o médico é capaz do “saber” através da formação, bem como do “saber fazer” (por percepção do próprio). É, então, necessário que o médico domine o “fazer”, para que seja possível melhor gerir e medicar estes doentes.

Perante a presença de divergências entre a auto-percepção de confiança dos médicos e as ações que estes implementam, poderá ser importante introduzir vertentes práticas na formação.

Futuramente, poderá ser relevante tentar perceber se a formação teórica e prática terá mais impacto nos conhecimentos e atitudes dos médicos, comparativamente à formação apenas com componentes teóricas e/ou teórico-práticas.

Igualmente, neste estudo, os conhecimentos dos médicos aos 6 meses foram inferiores, pelo que poderá ser útil conhecer a opinião dos formandos de forma a otimizar os conhecimentos teóricos a longo prazo.

Na formação médica pós-graduada, deve-se considerar incluir uma plataforma de formação contínua nesta área, tal como acontece para outras áreas, como as relacionadas com o controlo de doenças crónicas.

Agradecimentos

À Professora Doutora Marília Dourado e ao Mestre Hugo Ribeiro, por aceitarem o meu pedido de orientação e co-orientação, e me acolherem neste projeto. Agradecer, também, por toda a disponibilidade e apoio manifestado ao longo do percurso.

À Iniciativa Médica 3M, pelo apoio e contributo na elaboração deste trabalho.

À minha mãe, pelo apoio incondicional e carinho, não só neste projeto, mas também , ao longo de toda a minha vida e aventuras.

Ao meu pai, por toda a sabedoria e motivação que me transmite e pelo investimento constante na minha formação.

Aos meus amigos, pela amizade e apoio que me demonstraram neste longo percurso, sem nunca me deixarem desanimar.

A todos os que sempre me ofereceram uma palavra amiga, sem vocês nada disto seria possível!

Referências Bibliográficas

1. Health at a Glance 2021. 2021 Nov 9 [cited 2022 Sep 21]; Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en
2. Silva R, Paiva M, Vital F, Moura MJ, Lourenço J, Lopes JM. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022 2 Comissão Nacional de Cuidados Paliativos: Com o contributo dos Coordenadores Regionais: Ordem dos Médicos Ordem dos Enfermeiros Ordem dos Psicólogos.
3. INE - Instituto Nacional de Estatística [Internet]. [cited 2023 Mar 13]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_bdc_tree&contexto=bdc&selTab=tab2
4. World Health Assembly, 67. (2014). Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/162863>.
5. Capelas ML, Simões ASAWF, Teves CFTM, Durão SAP, Coelho SPF, da Silva SCFS, et al. Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal Priority Quality Indicators for Palliative Care Services in Portugal. *Cadernos de Saúde* 8. 2018;10:11–24.
6. MIM - FMUC [Internet]. [cited 2023 Mar 23]. Available from: https://apps.uc.pt/courses/PT/programme/5841/2022-2023?id_branch=16221
7. MIM - FMUP [Internet]. [cited 2023 Mar 23]. Available from: https://sigarra.up.pt/fmup/pt/cur_geral.cur_planos_estudos_view?pv_plano_id=30724&pv_ano_lectivo=2022&pv_tipo_cur_sigla=&pv_origem=CUR
8. MIM - ICBAS Plano de Estudos [Internet]. [cited 2023 Mar 23]. Available from: https://sigarra.up.pt/icbas/pt/cur_geral.cur_planos_estudos_view?pv_plano_id=23742&pv_ano_lectivo=2022&pv_tipo_cur_sigla=&pv_origem=CUR
9. MIM - Nova Medical school [Internet]. [cited 2023 Mar 23]. Available from: <https://www.nms.unl.pt/pt-pt/ensino/programas/1%C2%BA-e-2%C2%BA-ciclo-mestrado-integrado-em-medicina>

10. MIM - Universidade de Lisboa plano de estudos [Internet]. [cited 2023 Mar 23]. Available from: <https://www.medicina.ulisboa.pt/sites/default/files/cursos/planoestudos222301.pdf>
11. MIM - Universidade da Beira Interior [Internet]. [cited 2023 Mar 23]. Available from: <https://www.ubi.pt/PlanoDeEstudos/52/1681/2022>
12. MIM - Universidade do Algarve [Internet]. [cited 2023 Mar 23]. Available from: <https://www.ualg.pt/curso/1916/plano?ano=2741>
13. Oliveira SM, Dourado MA, Santiago LM. Cuidados Paliativos: conhecimento de estudantes de medicina da Universidade de Coimbra.
14. Pandey S, Gaire D, Dhakal S, Jaishwal N, Kharel PM, Vaidya P. Perception of Palliative Care among Medical Students in a Teaching Hospital. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2015;53(198):113–7.
15. Hesselink BAM, Pasman HRW, van der Wal G, Soethout MBM, Onwuteaka-Philipsen BD. Education on End-of-Life Care in the Medical Curriculum: Students' Opinions and Knowledge. *J Palliat Med.* 2010 Apr;13(4):381–7.
16. Crawford GB, Zambrano SC. Junior doctors' views of how their undergraduate clinical electives in palliative care influenced their current practice of medicine. *Academic Medicine.* 2015 Mar 4;90(3):338–44.
17. Mason SR, Ellershaw JE. Preparing for palliative medicine; evaluation of an education programme for fourth year medical undergraduates. *Palliat Med.* 2008 Sep;22(6):687–92.
18. Peh TY, Yang GM, Krishna LKR, Yee ACP. Do Doctors Gain More Confidence from a Longer Palliative Medicine Posting? *J Palliat Med.* 2017 Feb 1;20(2):141–6.
19. Storarri ACM, de Castro GD, Castiglioni L, Cury PM. Confidence in palliative care issues by medical students and internal medicine residents. *BMJ Support Palliat Care.* 2019 Mar 1;9(1).
20. de Carvalho Runa D, Julião M, Barbosa A. Cuidados Paliativos: avaliação do conhecimento dos Médicos de Família.
21. Teoli D, Schoo C, Kalish VB. Palliative Care [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537113/>

22. Föreningen Socionomer i Palliativ Vård – SiP. Quality Assurance Criteria for Medical Social Workers in Palliative Care. 2013.
23. PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS [Internet]. 2004 [cited 2023 Mar 13]. Available from: <https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/documentos-nacion-inter/PALIATIVOS%20Programa%20Nacional%20de%20cuidados%20paliativos.pdf>
24. Vasconcelos P, Cruz T, Bragança N. REFERENCIAÇÃO PARA CUIDADOS PALIATIVOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA PALLIATIVE CARE REFERRAL IN AN INTERNAL MEDICINE WARD. Vol. 3, Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca. 2015.
25. Sawatzky R, Porterfield P, Lee J, Dixon D, Lounsbury K, Pesut B, et al. Conceptual foundations of a palliative approach: a knowledge synthesis. BMC Palliat Care. 2016 Dec 15;15(1):5.
26. PDQ Supportive and Palliative Care Editorial Board. Communication in Cancer Care (PDQ®): Health Professional Version [Internet]. 2002 [cited 2023 Mar 13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65932/>
27. Health at a Glance 2021 OECD INDICATORS. 2021;249–73.
28. Pereira ME de MD, Dixe M dos ACR, Barbosa A. Cuidados paliativos ao doente em fim de vida num serviço de urgência básico. Universidade de Lisboa; 2015.
29. Roletto ASP de S, Baptista TM, Barbosa A. Que papel para o psicólogo numa equipa de cuidados paliativos? Universidade de Lisboa; 2014.
30. Santos JFL, Cavaco AM, Gonçalves JR. Integração do farmacêutico na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – estudo qualitativo: perceções de intervenientes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados acerca da intervenção farmacêutica. [Lisboa]: Universidade de Lisboa; 2021.
31. Lopes AFAF da RS, Pena MJ, Barbosa A. Serviço social e cuidados paliativos : a intervenção do assistente social integrado na equipa de cuidados paliativos. Universidade de Lisboa; 2017.

32. Hudson PL, Thomas K, Trauer T, Remedios C, Clarke D. Psychological and Social Profile of Family Caregivers on Commencement of Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Mar;41(3):522–34.
33. Kapari M, Addington-Hall J, Hotopf M. Risk Factors for Common Mental Disorder in Caregiving and Bereavement. *J Pain Symptom Manage*. 2010 Dec;40(6):844–56.
34. Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007 Oct 17;
35. Wiseman R, Rowett D, Allcroft P, Abernethy A, Currow DC. Chronic refractory dyspnoea--evidence based management. *Aust Fam Physician*. 2013 Mar;42(3):137–40.
36. Peralta T, Reis-Pina P, Figueiredo IV, Dourado M. Prescrição Off-Label em Cuidados Paliativos. *Med Interna (Bucur)*. 2021 Dec 23;28(4):389–90.
37. Oliveira R, Teodoro T. Palliative Care in Patients Living with Dementia: The Role of Deprescribing. *Acta Med Port*. 2019 Nov 4;32(11):735–735.
38. Falconi G, Kashan S. Drug Interactions In Palliative Care [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551619/>
39. Orlander JD, Fincke BG, Hermanns D, Johnson GA. Medical residents' first clearly remembered experiences of giving bad news. *J Gen Intern Med*. 2002 Nov;17(11):825–40.
40. Nabbijohn AN, Tomlinson RM, Lee S, Morrongiello BA, McMurtry CM. The Measurement and Conceptualization of Coping Responses in Pediatric Chronic Pain Populations: A Scoping Review. *Front Psychol*. 2021 Oct 1;12.
41. Downey C, Brown J, Jayne D, Randell R. Nursing staff perspectives of continuous remote vital signs monitoring on surgical wards: Theory elicitation for a realist evaluation. *J Eval Clin Pract*. 2022 Jun 3;28(3):394–403.
42. Gude WT, Brown B, van der Veer SN, Colquhoun HL, Ivers NM, Brehaut JC, et al. Clinical performance comparators in audit and feedback: a review of theory and evidence. *Implementation Science*. 2019 Dec 24;14(1):39.

43. Persson E, Andersson D, Back L, Davidson T, Johannisson E, Tinghög G. Discrepancy between Health Care Rationing at the Bedside and Policy Level. *Medical Decision Making*. 2018 Oct 10;38(7):881–7.
44. Ribeiro H. Um Olhar sobre a Formação Médica em Cuidados Paliativos: precisamos de uma especialidade? [cited 2023 Mar 21]; Available from: <https://saudeonline.pt/um-olhar-sobre-a-formacao-medica-em-cuidados-paliativos-precisamos-de-uma-especialidade/>

Anexos

Anexo I – Questionário aplicado

Parte 1

Caracterização sociodemográfica e profissional

Género *

- Feminino
- Masculino

Idade *

- 25 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- 41 a 50 anos
- 51 a 60 anos
- >60 anos

Local de Trabalho *

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Sul
- RA Açores
- RA Madeira

RA Madeira

Anos de experiência profissional *

<5 anos

5 a 10 anos

11 a 15 anos

16 a 20 anos

21 a 25 anos

>25 anos

Unidade de trabalho *

Hospital público

Hospital privado

ACES

UCCI

Outra: _____

O seu local de trabalho tem Unidade ou Equipa de Cuidados Paliativos? *

Sim

Não

Não sei

Pertence a alguma Unidade ou Equipa de Cuidados Paliativos? *

Sim

Não

Tem interesse em fazer parte de uma Unidade ou Equipa de Cuidados Paliativos?

*

Sim

Não

Tem formação específica prévia em Cuidados Paliativos? *

Sim

Não

Se sim, qual?

Básica (até 80 horas)

Intermédia (80 a 180 horas)

Avançada (superior a 180 horas, mestrado ou douturamento)

Se não, porquê?

Não tenho conhecimento de formações na área

Não tenho tempo

Não tenho interesse

Tem experiência profissional em Medicina Paliativa? *

Sim

Não

Se sim, de que tipo?

Equipe Intrahospitalar Suporte em Cuidados Paliativos

Equipe Comunitária Suporte em Cuidados Paliativos

Unidade/Serviço de Cuidados paliativos em Cuidados Paliativos

Outra: _____

Se sim, durante quanto tempo?

< 5 anos

5 a 10 anos

11 a 15 anos

>15 anos

Como classifica o seu conhecimento em CP? *

Insuficiente

Satisfatório

Bom

Excelente

Parte 2

Conceitos gerais

Princípios Gerais de Cuidados Paliativos (CP) *

	concordo	discordo
Mesmo no final de vida, o princípio ético da autonomia do doente deve ser respeitado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A identificação precoce e tratamento rigoroso de problemas não vai alterar o prognóstico do doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os CP são oferecidos com base na necessidade, não só pelo prognóstico ou esperança de vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doentes com patologias com insuficiência de órgão, não necessitam de CP.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os CP só devem ser considerados quando não há nenhuma terapêutica curativa disponível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A preocupação exclusiva com o controlo sintomático, não é uma boa intervenção no sofrimento do doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Critérios de Referência *

	Concordo	Discordo
Doentes com sintomas específicos e refratários ao melhor tratamento convencional, podem ser referenciados para CP.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em doentes terminais, dificuldade no suporte ao familiar/cuidador principal, pode justificar uma referência para CP.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doentes com agudizações frequentes ou evolução rápida da doença crónica, não devem ser referenciados para CP.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sintomas Gastrointestinais *

	Concordo	Discordo
O uso de sonda nasogástrica deve ser reservado para casos de obstruções completas com distensão abdominal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É boa prática de CP, quando se prescreve opióides, prescrever também laxantes de forma sistemática.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A obstipação não é um sintoma comum em CP, sendo por isso, desnecessário a sua prevenção precoce.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sintomas Respiratórios *

	Concordo	Discordo
A dispneia não associada a diminuição da saturação de O2 não necessita de ser abordada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A tosse é dos sintomas mais desagradáveis para o doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O tratamento da tosse em doentes de CP, sempre que possível, deve ser dirigido à sua etiologia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sintomas Neurológicos *

	Concordo	Discordo
O delirium em doentes em CP é irreversível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma das etiologias principais do delirium é o uso de morfina.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por norma, o delirium não afeta a memória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comunicação *

	Concordo	Discordo
A comunicação é uma das melhores estratégias para diminuir o sofrimento do doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A comunicação não verbal engloba a linguagem corporal e a linguagem paraverbal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O doente tem o direito de saber do seu estado de morte iminente se tiver manifestado essa vontade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sofrimento *

	Concordo	Discordo
Perante um doente com agudização da dor, devemos sempre procurar causas de distress que não sejam físicas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É comum um doente em CP em sofrimento não estar deprimido, como tal, a prescrição de anti-depressivos nem sempre é necessária.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É importante que um doente em CP mantenha um certo nível de esperança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tratamento com opióides *

	Concordo	Discordo
Para reverter um quadro de delirium num doente a tomar opióides, pode ser eficaz realizar a rotação dos opióides.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A dose inicial de morfina em perfusão subcutânea contínua deve ser igual à dose de morfina oral.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Após ser definida a dose necessária de morfina para controlo de sintomatologia, pode-se recorrer a formulações de libertação lenta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Parte 3

Aplicação prática

Como caracteriza o papel do médico numa Unidade/Equipa de Cuidados Paliativos? *

- Pouco relevante
- Algo relevante
- Muito relevante
- Extremamente relevante

Nos últimos 6 meses, quantas vezes pediu parecer a uma Unidade/Equipa de Cuidados Paliativos? *

- Nenhuma vez
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- Muitas vezes

Nos últimos 6 meses, aproximadamente, quantos doentes referenciou para uma Unidade/Equipa de Cuidados Paliativos? *

- <5
- 5 a 10
- 11 a 15
- 16 a 20

>20

Qual o seu nível de confiança em referenciar um doente para uma Unidade/Equipa de Cuidados Paliativos? *

- Muito baixo
- Baixo
- Médio
- Alto
- Muito alto

Qual o seu nível de confiança em medicar um doente com dor que pode estar nos seus últimos meses de vida? *

- Muito baixo
- Baixo
- Médio
- Alto
- Muito alto

Qual é o grau de importância do apoio psicológico a cuidadores de doentes em CP? *

- Pouco importante
- Importante
- Muito importante

Nos últimos 6 meses, quantas vezes referenciou cuidadores de doentes em CP para apoio psicológico? *

- Nenhuma vez
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- Muitas vezes

Anterior

Enviar

Página 4 de 4

Limpar
formulário

